

# 訪問歯科診療 お申込書

ご連絡はFAXで 0120-199-505

フリガナ		性別	年齢	生年月日
患者様氏名	様	男 女	歳	明 大 昭 平 年 月 日
住 所				
電話番号				

## 治療 ・ 検診

### 主訴

歩 行 状 態 寝たきり・準寝たきり・要介助・車椅子・短時間可能・屋内可能・他( )  
保険証の種類 介護度 ( ) 国保・社保本・社保家・前期高齢者・後期高齢者・生保・障害者  
感染症の有無 無・有( )

備考欄( 連絡事項がございましたらご記入ください )

ご依頼者	電話番号
ケアマネ様名	事業所名
電話番号	FAX 番号